

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA LESÃO DE CÉLULAS GIGANTES CENTRAL: RELATO DE CASO

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CENTRAL GIANT CELL LESION: A CASE REPORT

Alvimar Lima de CASTRO¹
Eni Vaz Franco Lima de CASTRO²
Marcelo Macedo CRIVELINI³
João Paulo De CARLI⁴

RESUMO

É apresentado um caso clínico de Lesão de Células Gigantes Central em paciente melanoderma do sexo feminino com 26 anos de idade, que apresentava aumento volumétrico difuso na região de 22 e 23 ausentes, indolor, sem sinais clínicos de inflamação ou infecção e evolução de quatro anos com exacerbação clínica nos últimos dois meses, após extração dental na área. Radiograficamente se observou imagem radiolúcida bem definida de constituição sólida, fato este constatado pela ausência de material fluido pela punção aspirativa. Considerando-se forte possibilidade para lesão osteofibrosa benigna, foi realizada biopsia incisional que evidenciou, ao exame microscópico, presença de células gigantes multinucleadas em estroma conjuntivo rico em colágeno e discreto infiltrado inflamatório crônico e numerosos canais vasculares, sugerindo lesão de células gigantes central ou lesão do hiperparatireoidismo. Com esta informação, solicitou-se a realização de exame bioquímico do sangue para determinação da calcemia, fosfatemia e nível de fosfatase alcalina. Os resultados desses exames se apresentaram nos limites normais, eliminando-se a possibilidade de se tratar de lesão do hiperparatireoidismo. O tratamento proposto foi curetagem cirúrgica e o acompanhamento clínico de três meses não evidenciou sinais clínicos ou radiográficos de recidiva.

UNITERMOS: Granuloma de células gigantes, Lesão de células gigantes, Lesões maxilofaciais.

INTRODUÇÃO

A lesão de células gigantes central (LCGC) é uma patologia intra-óssea encontrada na boca, de natureza não neoplásica, benigna e reativa^{13,17,18}, de etiologia ainda desconhecida. Segundo Austin et al.⁴, a condição é relativamente incomum, sendo responsável por menos de 7% da totalidade de lesões benignas dos maxilares. A LCGC foi, durante muito tempo, designada como “granuloma reparativo de células gigantes”¹⁷, inclusive Jaffe¹¹ a considerava como uma reação reparativa local do tecido ósseo, possivelmente causada por hemorragia intramedular ou trauma. No entanto, a expressão “reparativa” vem sendo evitada, pois a lesão representa, essencialmente, um processo destrutivo local com escassas evidências de que a lesão constitua uma resposta de reparação do tecido conjuntivo^{8,20}. Sendo assim, adotam-se atualmente designações mais

adequadas para a patologia, como “lesão de células gigantes” ou “granuloma de células gigantes”¹⁷.

Em se tratando da faixa etária mais acometida pela LCGC, a maioria dos autores afirma que mais de 60% dos casos ocorre em crianças ou adultos com menos de 30 anos de idade^{1,12,24}. Sidhu et al.²¹, ao analisarem 19 casos de LCGC, constataram que 15 deles ocorreram em pacientes de 18 a 30 anos de idade.

No que se refere à incidência quanto ao sexo, é consenso entre os autores a preferência por mulheres. Já quanto ao sítio de predileção se encontram observações variadas. Para Whitaker e Waldron²⁴, a relação maxila / mandíbula das LCGC foi de 1:3, enquanto para Kaffe et al.¹², a mesma relação foi de 1:2. Segundo Acosta Gil et al.¹, a LCGC apresenta predileção pela região mandibular anterior da boca.

Quanto ao aspecto clínico e sintomatológico da LCGC, tem-se que a maioria das lesões dos

1 - Professor Adjunto da Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA/UNESP

2 - Doutora em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA/UNESP

3 - Professor Adjunto da Disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA/UNESP

4 - Mestrando em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA/UNESP

maxilares é assintomática, sendo descoberta através de exames radiográficos de rotina ou como resultado de uma expansão quase indolor da cortical do osso envolvido. A menor parte dos casos, no entanto, pode ser associada com dor, parestesia ou perfuração da cortical óssea, resultando em ulceração da superfície mucosa pela lesão subjacente¹⁷.

Quanto ao aspecto radiográfico, as LCGC quase sempre se apresentam como lesões radiolúcidas uni ou multiloculares, temporariamente pequenas, situando-se próximas ao ápice dos dentes e podendo perfurar a cortical óssea. Na maioria das vezes, seu tamanho varia de 1,5 a 3,5 cm de diâmetro^{7,18}.

Em relação ao aspecto histológico da LCGC, verifica-se que as células gigantes multinucleadas apresentam vários núcleos (podem ultrapassar 20), nucléolos distantes e rodeados de um citoplasma eosinofílico abundante. São também vistos histiócitos, linfócitos, fibroblastos, células endoteliais e capilares venosos, pigmentos de hemossiderina, eritrócitos e possibilidade de neoformação óssea^{7,18}.

O diagnóstico diferencial da LCGC inclui o ameloblastoma, o mixoma odontogênico, o ceratocisto odontogênico e o cisto ósseo aneurismático, especialmente devido ao aspecto radiográfico de radiotransparências solitárias ou multiloculares. Os processos císticos dos maxilares também devem ser considerados no diagnóstico diferencial¹⁹.

O tratamento da LCGC é usualmente cirúrgico com curetagem da loja óssea remanescente^{5,10,22} considerando-se uma taxa de recorrência que pode variar de 15 a 20%¹⁷. Outros autores sugerem tratamento por ressecção em bloco^{9,16}, sendo obtida uma menor taxa de recidiva. Recentemente, novos métodos de tratamento têm sido testados com sucesso para a patologia, como as injeções intralesionais de corticóides^{6,14,15}.

Diante as considerações apresentadas, o presente trabalho teve por objetivo relatar um caso clínico de lesão de células gigantes central de localização maxilar, enfocando aspectos demográficos, clínico-radiográficos, histopatológicos de diagnóstico e forma de tratamento.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente melanoderma com 26 anos de idade, sexo feminino, com história de dor e tumefação gengival na região do dente 23, iniciadas há quatro anos. Durante o período relatado pela paciente, o quadro clínico apresentou evolução lenta e constante, agravando-se há dois meses após exodontia do 23. Ao exame físico se observou tumefação no rebordo alveolar superior esquerdo abrangendo palato duro, com deslocamento do 21. A mucosa da região se apresentava íntegra e com

coloração normal, sem outras alterações dignas de nota (Figura 1). As radiografias panorâmica e oclusal de maxila revelaram extensa área osteolítica na região, que se estendia da distal do dente 21 até a mesial do 24, este visivelmente fora de posição (Figura 2). Foi realizada punção aspirativa, que mostrou ausência de conteúdo fluido. Na mesma sessão foi realizada biópsia incisiva, enviando-se o material para exame histopatológico. Os fragmentos analisados exibiram numerosos elementos celulares mesenquimatosos fusiformes, junto a células gigantes multinucleadas dispersas e hemorragia (Figura 3). O quadro foi compatível com Lesão de Células Gigantes, sugerindo averiguar a possibilidade de tumor marrom do hiperparatireoidismo. Com esta informação, foram solicitados exames complementares laboratoriais de dosagem bioquímica de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina, cujos valores determinados estavam em níveis normais, eliminando-se a possibilidade de hiperparatireoidismo e se definindo o diagnóstico como LCGC isolada. A seguir, foi programada a remoção cirúrgica total por curetagem, cuja técnica incluiu uma incisão na crista do rebordo alveolar, possibilitando o descolamento da mucosa vestibular e palatina com acesso à lesão. Juntamente à remoção da lesão, foi realizada exodontia do 21 e 24, executando-se criteriosa curetagem do tecido intra-ósseo da loja cirúrgica e regularização do tecido remanescente (Figura 4). Após esta manobra, os retalhos cirúrgicos foram reposicionados, realizando-se a sutura (Figura 5). Três meses após o ato cirúrgico a paciente retornou para acompanhamento clínico, observando-se aspecto clínico satisfatório e, à radiografia oclusal, ausência de sinais de recidiva (Figura 6).

DISCUSSÃO

Nota-se que o sexo e idade da paciente, bem como os aspectos clínico, radiográfico e histopatológico são compatíveis com as informações previamente reportadas pela literatura^{7,12,15,17,18}, embora a localização da lesão não venha ao encontro da afirmação da maioria dos autores, que descrevem ser a região mandibular anterior a mais acometida^{1,12,24}.

No presente relato a paciente não referira nenhuma ocorrência que pudesse ser relacionada com o aparecimento da lesão, o que está de acordo com a literatura, de que a etiologia da lesão se constitui em fato obscuro. Alguns autores mencionam que o início da lesão possa ocorrer a partir de células de Langhans, outros mencionam que têm a ver com a presença de hiperparatireoidismo ou com a realização de tratamento endodôntico. Outros, ainda, reconhecem



FIGURA 1 – Aspecto clínico inicial: mucosa íntegra e de coloração normal



FIGURA 2 – Aspecto radiográfico inicial evidenciando lesão radiolúcida entre 21 e 24

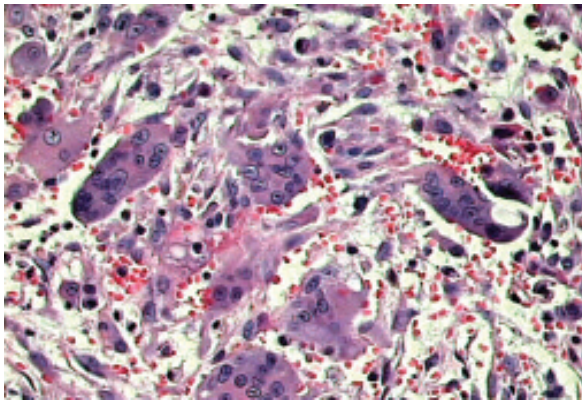


FIGURA 3 – Células gigantes multinucleadas, elementos mesenquimais fusiformes e hemorragia. (HE-X400)

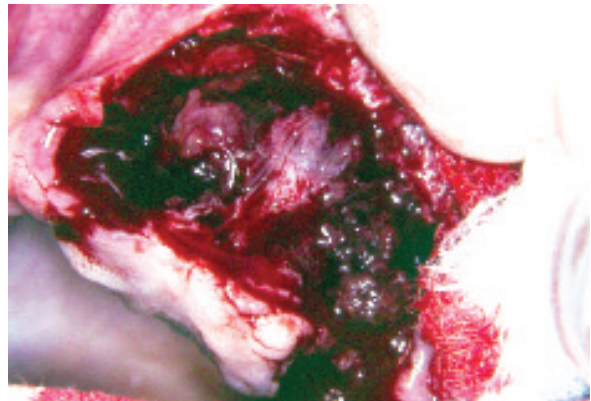


FIGURA 4 – Curetagem do tecido mole intra-ósseo – aspecto trans-operatório.



FIGURA 5 – Sutura realizada após remoção da lesão e reposicionamento do retalho

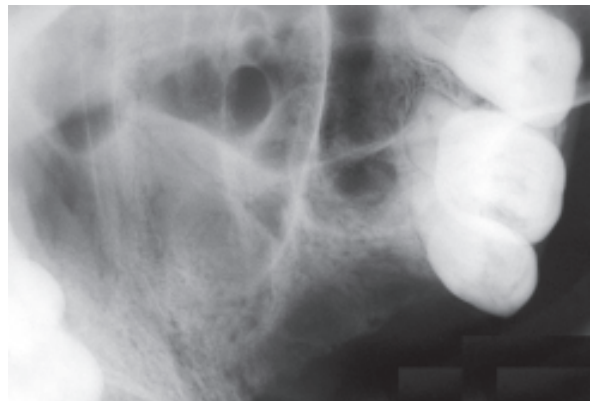


FIGURA 6 – Aspecto radiográfico satisfatório após 90 dias da cirurgia.

como etiologia uma irritação local ou uma reação do organismo aos elementos epiteliais^{2,23}.

A maior dificuldade diagnóstica se baseia no fato de que o aspecto histopatológico da LCGC dos maxilares é idêntico ao do tumor marrom do paratormônio é continuamente produzido em resposta a hiperplasias nas glândulas paratireóides ou a níveis cronicamente baixos de cálcio sérico, provocados por doença renal. Nessas circunstâncias, a presença em excesso do

paratormônio levaria o tecido ósseo a reabsorções produzindo níveis sanguíneos aumentados de cálcio^{3,5}, motivo pelo qual se justificaria a realização de exame bioquímico do sangue para dosagem da calcemia e definição do diagnóstico, que no caso de LCGC isolada estaria normal.

Com relação ao potencial proliferativo da lesão e se levando em conta a classificação proposta por Chung et al.⁷ e Whitaker e Waldron²⁴, em que a LCGC pode apresentar diferentes comportamentos clínicos no que diz respeito ao

seu potencial proliferativo. As lesões não agressivas são caracterizadas por um discreto e assintomático crescimento que não perfura a cortical óssea e não induz a reabsorção radicular dos dentes adjacentes, apresentando tendência à recidiva. Por outro lado, as lesões agressivas se caracterizam por sintoma doloroso, crescimento rápido, expansão e/ou perfuração da cortical óssea, reabsorção radicular dos dentes adjacentes e uma maior tendência à recidiva. O presente caso se mostrou em parte agressivo, ao se considerar o extenso crescimento acompanhado de dor, além de perfuração da cortical óssea e reabsorção radicular do dente 24, bem como visível movimentação do 21. Por outro lado, o crescimento da lesão foi lento e não ocorreu recidiva.

A excisão cirúrgica da lesão e extração dos dentes vizinhos com posterior curetagem da loja óssea remanescente foi o tratamento de escolha conforme preconizado por Silverman et al.²²; Hoffmeister e Moubayed¹⁰; Castro⁵.

CONCLUSÕES

Para se obter sucesso no tratamento da lesão de células gigantes central é imprescindível o correto diagnóstico da patologia a ser tratada. Para isso, deve-se usar criteriosamente todos os recursos de anamnese, exame físico e exames complementares, levando-se em consideração a necessidade de diagnóstico diferencial entre doenças que possuam aspectos semelhantes. Por fim, deve-se observar o domínio da técnica cirúrgica a ser executada e a realização de consultas periódicas de controle após a excisão da lesão, devido à possibilidade de recidiva.

ABSTRACT

A clinical case of Central Giant Cells Lesion is reported in a black woman 26 years old, that it presented diffuse swelling in gingival area of teeth 22 and 23 absent, painless, without clinical signs of inflammation or infection and four year-old evolution with clinical exacerbation in the last two months, after dental extraction in the area. Radiographically was observed well defined radiolucent image of solid constitution, fact this verified by the absence of liquid material by the aspiration. Being considered high possibility for osteofibrous benign lesion, it was accomplished biopsy that evidenced to the microscopic exam presence of multinucleate giant cells in conjunctive stroma rich in collagen and discreet chronic infiltrated and numerous inflammatory vascular channels, suggesting central giant cells lesion or hyperparathyroidism. With this information, it was requested the accomplishment of biochemical exam of the blood for determination of the calcemey, phosphatemy and level of alkaline phosphatasis. The results of these exams came in normal limits, being

eliminated the possibility to treat of hyperparathyroidism lesion. The proposed treatment was the surgical curettage and the clinical accompaniment of three months didn't evidence clinical or radiographic signs or recurrence.

UNITERMS: *Giant cell granuloma, Giant cell lesion, Maxillofacial lesions.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Acosta Gil MEA, Dominguez MP, Rocha AT. Hallazgos histopatológicos, pronósticos del granuloma de células gigantes multinucleadas bucal. *Revista ADM.* 1995; 52(1): 37-46.
- 2 - Allen MC, Hammond IH, Stimson GP. Central odontogenic fibroma, WHO type: a report of three cases with an unusual associated giant cell reaction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992; 73(1): 62-6.
- 3 - Alvarado F, Waguespack SG, Campbell JH, Williams TP. Expansile intraosseous lesion of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61(11): 1318-23.
- 4 - Austin Junior LT, Dahlin DC, Royer RQ. Giant cell reparative granuloma and related conditions affecting the jaw bones. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1959; 12:1285-95.
- 5 - Castro AL. *Estomatologia.* 3. ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. 243 p.
- 6 - Carlos R, Sedano H. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. Abstract presented at the annual meeting of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology, 1997.
- 7 - Chuong R, Kaban L, Kozakewich H, Perez-Atayde A. Central giant cell lesions of the jaws: a clinicopathologic study. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 44(9): 708-13.
- 8 - Cohen, M.A.; Hertzanu, Y. Radiologic features, including those seen with computed tomography of central giant cell granuloma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988; 65(2): 255-61.
- 9 - Engleder R, Platz H, Remagen W, Prein J. Riesenzellhaltiges reparatives Granulom. *Fortschr Kiefer Gesichtschir.* 1986; 31: 7-9.
- 10 - Hoffmeister B, Moubayed P. Histogenese und Diagnostik zentraler und peripherer Riesenzellgranulome. *Fortschr Kiefer Gesichtschir.* 1986; 31: 12-6.
- 11 - Jaffe HL. Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst and fibrous (fibrous-osseous) dysplasia of the jawbones. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1953; 6(1): 159-75.
- 12 - Kaffe I, Ardekian L, Taicher S, Littner M, Buchner A. Radiologic features of central giant cell granuloma of the jaws. *Oral Surg Oral Med*

- Oral Path Oral Radiol Endod. 1996; 81(6): 720-6.
- 13 - Kawakami T, Anthon M, Minemura T. Giant cell reaction to ameloblastoma: an immunohistochemical and ultrastructural study of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989; 47(7): 737-41.
 - 14 - Kermer C, Millesi W, Watzke IM. Local injection of corticosteroids for central giant cell granuloma. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1994; 23(6): 366-8.
 - 15 . Kurtz M, Mesa M, Alberto P. Treatment of a central giant cell lesion of the mandible with intralesional glucocorticosteroids. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 91(6): 636-7.
 - 16 . Luhr HG. Therapie ausgedehnter Riesenzellgranulome im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich. *Fortschr Kiefer Gesichtschir.* 1986; 31: 9-12.
 - 17 . Neville BW. *Oral and Maxillofacial pathology*, 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. 711 p.
 - 18 . Potter JB, Tiner BD. Central giant cell granuloma: report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993; 75(4): 286-9.
 - 19 . Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 475 p.
 - 20 . Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A textbook of oral pathology*. 4.ed. Philadelphia: WB Saunders; 1983.
 - 21 . Sidhu MS, Parkash H, Sidhu SS. Central giant cell granuloma of jaws: review of 19 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 33(1): 43 – 6.
 - 22 . Silverman Junior S, Ware WH, Dimas LT. Biologic variations in giant-cell lesions of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1964; 18(3): 346-59.
 - 23 . Smith GS, Marrogi AJ, Delfino JJ. Multifocal central giant cell lesions of the maxillofacial skeleton: A case of report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 48(2): 300-5.
 - 24 . Whitaker SB, Waldron CA. Central giant cell lesions of the jaws: a clinical radiologic and histopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993; 75(2): 199-208.

Endereço para correspondência

Alvimar Lima de Castro
 Departamento de Patologia e Propedêutica
 Clínica - Faculdade de Odontologia de
 Araçatuba-SP - UNESP
 Rua José Bonifácio 1193
 Vila Mendonça - CEP 16015-050
 ARAÇATUBA/ SP
 E-mail: alvimar@foa.unesp.br

Recebido para publicação em 05/12/2005

Enviado para análise em 05/12/2005

Aprovado para publicação em 28/03/2006